

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 49

QUELQUES
ASPECTS RADIOGRAPHIQUES
DE
RHUMATISMES CHRONIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Décembre 1929

PAR

Georges-Félicien MORARD

Elève du Service de santé de la Marine

Né le 3 décembre 1905, au Thor (Vaucluse).

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur	Président.
		VERGER, professeur	Juges.
		AUBERTIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 49

QUELQUES
ASPECTS RADIOGRAPHIQUES
DE
RHUMATISMES CHRONIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Décembre 1929

PAR

Georges-Félicien MORARD

Elève du Service de santé de la Marine
Né le 3 décembre 1905, au Thor (Vaucluse).

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur	<i>Président.</i>
		VERGER, professeur	
		AUBERTIN, agrégé	} <i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOÛRE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	fantile et orthopédie....	ROCHER.
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
que générales.....	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	DENIGÈS.
microscopie clinique....		dicale.....	
Anatomie.....	SABRAZES.	Physique médicale et phar-	SIGALAS.
Anatomie générale et his-	VILLEMIN.	maceutique.....	
tologie.....	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et cli-	BONNIN
Physiologie.....	PACHON.	nique des maladies exoti-	
Hygiène.....	AUCHE.	ques.....	
Médecine légale et déon-	LANDE	Clinique des maladies cuta-	PETGES.
tologie.....		nées et syphilitiques...	DUVERGEY
Electroradiologie et clin.	RÉCHOU	Clin. des mal. des voies urinaires...	
d'électricité médicale..	CHELLE.	Clinique des maladies ner-	ABADIE
Chimie.....		veuses et mentales....	PORTMANN.
Botanique et matière mé-	BEILLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	
dicale.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène ap-	LABAT
Pharmacie.....	MANDOUL.	pliquée.....	
Zoologie et parasitologie..	MAURIAC.	Hydrologie thérapeutique	SELLIER.
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.	et climatologie.....	

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECO.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN
Anatomie pathologique....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS.		CHARRIER.
naturelles.....		Obstétrique.....	LOUBAT.
	CREYX.		PÉRY.
	AUBERTIN.		N.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
	PIECHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
	N...	Dermatologie et syphilogra-	
		phie.....	JOULIA.



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIE	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE
Ophtalmologie.....	CABANNES	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..			MM. N.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE, A MA MERE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR R. TALLET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU

PROFESSEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE ET CLINIQUE

D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

DIRECTEUR DU CENTRE ANTI-CANCÉREUX DE

BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

AVANT PROPOS

Sur le point de quitter la Faculté de médecine de Bordeaux, nous tenons à remercier nos maîtres de la faculté et des hôpitaux, de l'enseignement qu'ils nous ont donné pendant nos études. Nous leur sommes profondément reconnaissant ; qu'ils veuillent bien en trouver ici l'humble témoignage.

Nous remercions en particulier M. le professeur Réchou, de l'aide précieuse qu'il nous a accordée en nous ouvrant toutes grandes les portes de son service de radiologie, et du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

M. le docteur Gugliémi nous a initié à l'art radiographique, et c'est sous sa direction que nous avons effectué les nombreux clichés de nos malades dans le service. Il a droit à toute notre gratitude.

Nous remercions également les professeurs Verger, Bégouin, Creyx et le docteur Parcelier, dans les services desquels nous avons pris nos observations avant de procéder à la radiographie.

CHAPITRE I

Introduction et Définition.

Au début de notre travail, lorsque nous étudiâmes, dans les différents traités de pathologie, la question rhumatisme chronique, nous fûmes d'abord très embarrassés.

Le terme rhumatisme chronique n'a pas la même signification pour tous les auteurs. Pour les uns, il comprend le rhumatisme déformant, bien individualisé, pour les autres il englobe de plus le rhumatisme chronique, post-rhumatismal, etc... En résumé, la définition que l'on donne dépend de l'idée que l'on se fait de son étiologie. Quand une forme clinique ne peut s'expliquer idéalement par une étiologie, on a tendance à l'éliminer en disant qu'elle ne fait pas partie du rhumatisme chronique ainsi défini. Certains auteurs aiment mieux ne pas donner de définition, et l'envisagent comme un syndrome dans lequel on a entassé les déformations qu'on ne peut rapporter à une cause précise (Collet), ou bien, avec Mouriquand, comme une dystrophie du système locomoteur.

Dans cette thèse, nous avons essayé de montrer quelques aspects radiologiques du syndrome rhumatismal chronique. Comme l'indique ce titre, nous n'avons pas voulu nous éloigner de l'observation radiographique. Pour cela, il aurait fallu, avec l'expérience et le savoir des vieux praticiens, des moyens matériels et des observations nombreuses de chaque forme étiologique. De plus, il est souvent difficile de classer une observation dans tel type étiologique parce qu'on ne se

base pour cela que sur l'examen des autres organes et les antécédents du malade souvent contradictoires. D'autre part, il n'est pas défendu à un malade tuberculeux de faire du rhumatisme dyscrasique, comme à un dyscrasique du rhumatisme tropho-névritique.

Donc, après un aperçu historique, nous consacrerons un chapitre à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie du rhumatisme chronique. Notre troisième chapitre se rapportera au tableau clinique succinct d'une forme rhumatismale : le rhumatisme déformant. Ensuite, nous nous étendrons plus longuement sur l'anatomie pathologique. Enfin, après une étude anatomo-radiologique complète des articulations rhumatismales, nous donnerons les notions actuelles du radio-diagnostic de cette affection.

CHAPITRE II

Historique.

Le rhumatisme chronique, étudié pour la première fois dans la littérature médicale par Baillon en 1610, est une maladie qui n'est pas de date récente. Certains ossements de l'âge de la pierre polie en portent, paraît-il, l'empreinte caractéristique. M. Marcel Baunier a trouvé dans les sépultures néolithiques de Vendrest, des ossements humains présentant des lésions d'ostéo-arthrite déformante. Le professeur Delle Chiage de Milan a identifié dans les squelettes trouvés à Pompéi des déformations rhumatismales ; enfin, on aurait mis à jour, dans les catacombes de Paris et en Poméranie, des colonnes vertébrales présentant l'aspect typique de la déformation rhumatismale. Ne voulant pas énumérer d'une façon fastidieuse les noms nombreux de tous ceux qui étudièrent cette affection, nous citerons seulement les auteurs qui montrèrent par leur travail une évolution nouvelle de l'idée de son étiologie.

Autrefois, le mot rhumatisme avait un sens très général et indiquait des manifestations douloureuses, mobiles et passagères qui pouvaient se montrer non pas seulement au niveau des articulations mais partout ailleurs.

Laudré Beauvais, en 1800, s'appliqua à distinguer le rhumatisme chronique de la goutte. Charcot, en 1866 (*Maladies des vieillards*), par des études anatomo-pathologiques rigoureuses, commença le premier à donner une individualité

scientifique à cette affection. Bouchard et Charvin, après que les découvertes de Pasteur eurent donné un essor à la théorie infectieuse des maladies, firent une communication au congrès de médecine de Marseille en 1891, où ils déclarèrent avoir découvert des staphylocoques dans le liquide articulaire des rhumatisants. Puis par une idée trop absolue, comme le sont celles se rapportant à une nouvelle découverte, on sépara complètement le rhumatisme articulaire aigu du rhumatisme chronique que l'on considérait avec Skoda et Risenmann, comme une affection nerveuse.

Après la découverte des microbes, lorsqu'on s'aperçut du rôle pathogène des toxines élaborées par eux, on en vint à penser au rhumatisme toxique microbien d'abord, puis toxique (alcool, plomb). Il ne restait plus, avec les travaux de Claude Bernard sur les glandes à sécrétion interne, qu'à compléter la liste des causes toxiques endogènes par l'apport de cette découverte.

Et voilà comment, après être parti avec les anciens auteurs de la théorie humorale des maladies on en est arrivé à nouveau à faire entrer dans l'étiologie du rhumatisme chronique les modifications de l'équilibre humoral apportées par le dysfonctionnement des glandes à sécrétions internes : ovaire et thyroïde, avec Sergent, Weill, Mouriquand, Léopold Lévi et de Rothschild. Nous avons, en suivant cet historique énuméré les différentes théories sur l'étiologie du rhumatisme chronique ; causes microbiennes, nerveuses, toxiques, endogènes et exogènes, terrain. Et il est remarquable que la science avec les sécrétions internes soit venue fortifier l'idée de terrain héréditaire, idée qui avait perdu de son actualité après la découverte des microbes. Toutes ces théories furent plus ou moins exclusives au moment de leur apparition, et actuellement nous les prenons toutes, comme contenant une part de vérité.

Et nous pouvons conclure, en disant avec Sergent : « Il arrivera un jour où l'intoxication au sens le plus général du mot, allant depuis l'auto-intoxication par dysfonctionne-

ment de l'organisme jusqu'à la toxine microbienne exogène constituera toute l'étiologie du rhumatisme. »

L'historique de l'étude radiologique du rhumatisme chronique, objet de notre thèse, sera plus court, parce que sujet d'étude plus récent. Si l'on se rappelle que les rayons X furent découverts en décembre 1895, on sera peut-être étonné que dès 1896, Potain et Serbanesco aient fait à l'académie des sciences une communication sur le diagnostic de la goutte et du rhumatisme par la radiographie. Presque simultanément, Destot et Barjon à Lyon et Launois à Paris présentaient aux sociétés savantes quelques radiographies de rhumatisme chronique. Mais le travail qui marque réellement une date importante dans l'histoire de cette étude est celui de Barjon dans sa thèse inaugurale de Lyon, 1897. Depuis, on n'a que très peu retouché la description magistrale des 50 clichés radiologiques faite par cet auteur et c'est d'elle que s'inspirent presque toujours les traités classiques de pathologie dans leurs chapitres sur la radiologie du rhumatisme chronique.

Lejeune en 1909 (*Journal de radiologie*, 16 septembre 1909), étudie radiologiquement les différentes formes du rhumatisme suivant leurs étiologies.

Il faut arriver jusqu'en 1912 avec Desternes (*Archives d'électricité médicale*, Bordeaux, 1912) pour voir cette importante question de nouveau traitée au IV^e congrès de physiothérapie. D'une façon générale Desternes est d'accord avec Destot et Barjon sur leurs conclusions. Nous verrons dans le cours de cette étude les points où leurs opinions diffèrent.

Leri, en 1918, (*Presse médicale*, 28 février) étudia le rhumatisme chronique vertébral radiologiquement et en donna une classification.

Pierre Marie et ses élèves décrivirent (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 février 1898) la spondylose rhizo-

mélique et discutèrent son incorporation au groupe rhumatisme chronique.

Enfin, Lhoste (*Thèse Bordeaux*, 1922) étudia dans le service du professeur Bergonié, le rhumatisme vertébral au point de vue radiographique.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie.

On tend actuellement à considérer l'étiologie du rhumatisme chronique comme résidant dans l'intoxication. Cette cause générale a l'avantage d'englober toutes les théories que nous avons déjà énumérées.

L'infection microbienne, particulièrement lorsqu'elle est atténuée, peut se ramener à une intoxication chronique par les poisons microbiens. Parmi les infections, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose atténuée (Poncet 1903), la blennorragie, la scarlatine, la fièvre typhoïde sont les maladies que l'on trouve le plus fréquemment dans les antécédents des rhumatisants chroniques.

L'intoxication par les corps simples (plomb, arsenic, etc.), l'intoxication alimentaire chronique, ont déjà été invoquées.

Pour le rhumatisme dyscrasique et endocrinien, ne peut-on pas considérer les troubles dyscrasiques et endocriniens comme générateurs de poisons pour l'organisme ?

L'étiologie nerveuse du rhumatisme chronique a elle-même été rattachée à l'intoxication (Pachyméningite toxique de Teissier et Roque) et c'est ainsi que Mouriquand et Michel peuvent dire :

« Nous estimons que l'infection peut agir sur les nerfs exactement comme sur les articulations et que loin d'y voir un rapport de cause à effet, il ne s'agit que de réactions pa-

rallèles. » (*Traité de pathologie* de Roger Widal Teissier, tome 22.)

Mais là où l'accord devient unanime, c'est pour reconnaître au rhumatisme chronique un terrain de prédisposition, héréditaire ou acquis. Ce terrain serait le terrain arthritique. On semble faire une répétition de mots, en assemblant ces deux termes, car comment définir l'arthritisme si ce n'est en disant que c'est un terrain spécial. Nous restons donc dans le vague et la définition de Bouchard, un maître en cette question, traduit bien cette impression :

« L'arthritisme est un tempérament morbide, ou encore une manière d'être de l'organisme, l'incitant à réagir d'une façon particulière à des causes morbides. »

Heureusement, l'étude de la physiologie des glandes endocrines est venue jeter un peu un jour nouveau sur cette importante question. Petit à petit, on en arrive à démembrer le terrain arthritique en différents terrains résultant de troubles endocriniens.

« L'analyse serrée des manifestations, dites arthritiques de tout ordre, nous permet de les rattacher souvent à un mauvais fonctionnement d'une ou plusieurs glandes à sécrétion interne. » (Mouriquand, *Paris médical*, 1^{er} mai 1920.) L'hérédité, dans le rhumatisme chronique, peut même s'expliquer de cette façon. Pourquoi n'hériterions-nous pas des malformations ou des troubles endocriniens de nos parents comme des autres tares organiques ? Ces troubles amèneraient, par intoxication endogène, la formation du terrain propre à l'évolution du rhumatisme chronique.

Quelles sont les causes qui, avec le terrain, peuvent favoriser la crise ?

Climat. — Dans les régions tempérées, le rhumatisme est plus fréquent que dans les autres régions de l'hémisphère et il semble que sa fréquence soit plus grande sous les climats froids, humides et brumeux.

Age. — C'est une maladie qui frappe plus particulièrement l'âge mûr.

Sexe. — Les femmes en sont atteintes plus que les hommes dans la proportion de 3 pour 2. La ménopause, la dysménorrhée, les grossesses répétées ont un rôle important.

Profession. — La vie au froid humide (blanchisseuses, etc.) est une cause favorisante.

Habitat. — Maisons mal aérées, humides et froides.

Classe. — « Le rhumatisme est la goutte de l'indigence. » (Laudré Beauvais 1800.)

CLASSIFICATION. — Il nous est facile maintenant de classer les différents rhumatismes chroniques de la façon suivante (inspirée de L. Teissier et Mayet, *Bulletin médical*, n° 18, 1922) :

1° Terrain rhumatismal et intoxication due à une infection anonyme (rhumatisme déformant progressif trophonévritique.).

2° Terrain rhumatismal et intoxication due à une infection définie et spécifique (tuberculose, blennorrhagie, etc.).

3° Terrain rhumatismal et intoxication pure (plomb, arsenic, etc.).

CHAPITRE IV

Tableau clinique.

Nous prendrons comme type de description, le rhumatisme chronique déformant généralisé (rhumatisme noueux ou polyarthrite déformante de Charcot).

Il se rencontre de 40 à 60 ans, chez les femmes spécialement et la ménopause intervient d'une façon aggravante. Deux phénomènes caractérisent cette forme rhumatismale, ce sont la lenteur de l'évolution, entrecoupée de petits épisodes subaigus, et ensuite la marche symétrique des douleurs et déformations.

Cette forme clinique est celle qui a été la mieux étudiée et qui présente l'individualité la mieux marquée. Quatre périodes (Rathery et Marinesco) :

Période prodromique. — Paresthésies, engourdissements, « crises douloureuses dans la continuité des doigts et non dans les articulations elles-mêmes (Tessier). »

Période d'arthrite. — Evolue par crises de quelques jours à quelques semaines. Un peu de douleur, chaleur, rougeur et tuméfaction au niveau des articulations prises. Douleur spontanée et surtout provoquée.

Période des déformations. — Pendant la période précédente se produisent des crampes, qui déjà marquent les ré-

tractions spasmodiques musculaires. Ce sont elles, qui d'abord passagères, deviennent ensuite permanentes et entraînent les déformations. La déformation devient permanente après deux ou trois périodes paroxystiques.

Période terminale. — Troubles trophiques, cachexie progressive. La peau devient lisse, froide, desquame. Les ongles sont cassants, cannelés ; les poils tombent. Atrophie des muscles des membres atteints. Les déformations deviennent définitives et présentent les aspects caractéristiques que nous décrivons dans notre chapitre d'anatomie pathologique.

Marche et durée. — La maladie évolue pendant de longues années, les malades deviennent peu à peu impotents. Ils sont sensibles au moindre froid et quand ils ont gardé la possibilité d'effectuer quelques mouvements, c'est au prix de douleurs intolérables. La plupart d'entre eux finissent leur vie dans les asiles de vieillards, étendus dans leur lit de souffrance, attendant, le plus souvent, qu'une affection intercurrente vienne les délivrer. Leur organisme affaibli, usé, n'offre d'ailleurs qu'une résistance très amoindrie aux maladies qui les guettent.

CHAPITRE V

Anatomie Pathologique.

GÉNÉRALITÉS. — Quelle que soit l'articulation considérée, on constate : la tête épiphysaire augmente de volume et devient soufflée latéralement ; amincissement, érosion de l'os périostique au niveau où l'encroûtement cartilagineux se termine sur l'os. Cette perte de substance entraîne un effondrement de la surface articulaire sur l'extrémité épiphysaire. Il en résulte des déformations, des luxations, etc.

Dans certains cas, le cartilage disparaît complètement et il se produit des bourgeonnements osseux et cartilagineux latéralement (nodosités d'Heberden, de Bouchard, ostéophytes). Ces bourgeonnements des deux épiphyses peuvent entrer en contact et constituer une ankylose. Pendant ce temps, la diaphyse elle-même subit une infiltration graisseuse partie du canal médullaire et se décalcifie.

Enfin, des déformations osseuses sans modification de structure peuvent se produire (phalange du pouce).

Tels sont les trois stades : ostéoporose latérale, manque ou échancrure latérale, effondrement, décrits par Barjon.

ÉTUDE DES DÉFORMATIONS DES DOIGTS. — L'étude des déformations des doigts chez les rhumatisants est pleine de renseignements utiles. Elle seule, permet souvent de porter un diagnostic. Sans nous appesantir sur l'aspect de la peau que certains auteurs trouvent épaissie, d'autres amincie, d'au-

tres violacée ; ni sur celui des ongles qui sont cannelés, cassants comme ceux des arthritiques, nous nous occuperons surtout des déviations afin de pouvoir les comparer par la suite avec celles trouvées à la radiographie.

Trois sortes de déviations :

2° Le type en flexion de Charcot :

Flexion de la phalangette sur la phalangine ;

Extension de la phalangine sur la phalange ;

Flexion de la phalange sur le métacarpien.

2° Le type en extension de Charcot :

Extension de la phalangette sur la phalangine ;

Flexion de la phalangine sur les phalanges ;

Extension des phalanges sur les métacarpiens.

3° Le type rectiligne (Vidal, Besnier et Renoy) :

Rigidité des doigts, demi-flexion de la phalange sur le métacarpien.

Enfin dans les trois types, une déviation en masse des phalanges sur le bord cubital de la main (Charcot) appelée « coup de vent ».

MALFORMATIONS PARTICULIÈRES A CERTAINS DOIGTS. — Au niveau du pouce ; articulation phalango-métacarpienne hypertrophiée : déformation en croissant du métacarpien ; Pierre Marie et Léri ont signalé le gonflement du dos des articulations méta-phalangiennes des II^e, III^e, IV^e doigts.

Cinquième doigt : déviation sur le bord cubital.

Nodosités d'Heberden. — Petits nodules durs, non douloureux, siégeant au niveau de l'articulation phalangine-phalangette.

Nodosités de Bouchard. — Nodosités analogues siégeant au niveau de l'articulation phalango-phalangienne.

Déformation de la styloïde radiale. — Saillie dorsale de la styloïde radiale hypertrophiée.

Coudes. — Ankylose partielle ; limitation des mouvements dans l'extension.

ETUDE DES DÉFORMATIONS VERTÉBRALES. — *Colonne cervicale* ; peu étudiée ; tête fléchie quelquefois jusqu'au sternum ; apophyses épineuses plus saillantes que normalement surtout pour C⁵ et C⁶ ; mouvements limités, douleurs ; ankylose totale quelquefois.

Colonne lombaire. — Souvent, dans le rhumatisme vertébral, la colonne demeure rectiligne, quoique moins *souple* que normalement et cliniquement on ne s'aperçoit du rhumatisme que par la douleur spontanée et provoquée et l'immobilité de cette portion. Les signes radiologiques seront étudiés plus loin.

ETUDE DES DÉFORMATIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR. — Le « coup de vent » porte l'axe des doigts en dehors du lieu d'en dedans comme pour la main, le gros orteil porté en dehors vient recouvrir les autres doigts.

Articulation tibio-tarsienne souvent ankylosée complètement.

Genou. — Le malade étant debout on constate que le contour antérieur de l'articulation du genou est plus saillant que normalement. Si l'on fait plier l'article, on voit que l'extrémité inférieure du fémur fait saillie en avant et dépasse le plateau tibial, repoussant la rotule qui est déjetée en dehors. Quand des attitudes anormales se produisent on voit la jambe fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin.

Hanches. — Elles conservent en général leur liberté. Quelquefois, surtout dans le rhumatisme tuberculeux, on observe une atrophie générale du squelette de l'articulation ; la tête fémorale se déforme en champignon, en gland ; le col devient plus court, cette déformation entraîne des changements profonds dans la statique de l'articulation et peut aboutir à des subluxations et à l'impotence fonctionnelle.

CHAPITRE VI

Etude anatomo-radiologique du rhumatisme chronique.

ETUDE ANATOMO-RADIOLOGIQUE DU RHUMATISME CHRONIQUE.

— Si du point de vue de l'anatomie microscopique les auteurs sont d'accord pour reconnaître au Rh. Ch. un début synovial et cartilagineux (Cornil et Ranvier, Axhausen, Pommier 1922), Desternes, au point de vue radiographique, en désaccord sur ce point avec Barjon, insiste sur le début plutôt osseux de cette affection. Il nous semble, qu'il est difficile de savoir radiographiquement si le début est synovial, car la synoviale et le cartilage sont généralement transparents aux rayons de Roengen. Nous savons qu'il y a des cas où l'épaississement synovial d'une articulation ou l'amincissement de la croûte cartilagineuse peuvent être décelés aux rayons X. Mais, ce moyen n'est peut-être pas le procédé de choix pour étudier un début rhumatismal. Les lésions sont à ce moment de l'évolution fatalement très peu accentuées. Il serait donc peut-être préférable de laisser la parole aux anatomo-pathologistes sur cette importante question. Dans notre observation n° I, planche I, nous avons un cas de rhumatisme chronique post-rhumatismal : chez cette femme atteinte en outre d'insuffisance mitrale, nous avons constaté à l'examen radiographique du genou de profil, une géole de décalcification très nette. De la grandeur d'une pièce de un franc, elle est située au centre du condyle fémoral.

Loin de conclure, comme nous serions peut-être enclins à le faire radiologiquement à un début osseux, nous constatons seulement que dans ce cas la première lésion décelée aux rayons X est osseuse.

Mais, cette malade, d'autre part, est atteinte de rhumatisme déformant au niveau des mains. Si nous procédons à la radiographie de ces extrémités, nous voyons au contraire un squelette intact et une forme rhumatismale purement fibreuse. Donc, chez un même malade, avec un rhumatisme de même nature, on peut trouver des lésions différentes. C'est pour cela que nous pensons, que vouloir donner des règles précises à cette affection essentiellement variable, est pour le moins prématuré. En effet, tant que le germe infectieux rhumatismal n'est pas isolé, on discute sur des cas qui, quoique se ressemblant, ne sont pas identiques. Certains auteurs disent : « Dans le rhumatisme chronique tuberculeux l'aspect radiologique n'est pas le même que dans le rhumatisme chronique post-rhumatismal. C'est vrai dans une certaine mesure, et il est bon de rechercher ces distinctions, mais il est des cas comme celui que nous venons de rapporter où les aspects radiographiques sont variables avec l'articulation considérée.

Aspect radiographique du rhumatisme chronique. — Ceci étant posé, nous allons étudier maintenant les images radiographiques données généralement par le rhumatisme chronique :

1° L'espace clair articulaire, traduction radiographique de l'interligne, diminue de largeur et peut même disparaître. Les cellules de la synoviale s'infiltrant de sels calciques, s'ossifient et produisent des ostéophytes.

2° Le contour osseux est tantôt plus opaque dans les formes condensantes, tantôt plus pâle dans les formes raréfiantes, mais de toutes façons il devient irrégulier, sinueux.

3° Aux points où le cartilage se continue insensiblement avec le périoste, des bourgeons synoviaux viennent éroder ce dernier et même provoquer une véritable perte de subs-

tance dans les espaces médullaires de la tête articulaire. Celle-ci n'étant plus soutenue, sous l'action des crampes, des rétractions musculaires, des mouvements, des traumatismes, s'effondre.

4° Les rapports des segments osseux entre eux sont profondément modifiés par suite des bouleversements apportés dans la statique articulaire par le rhumatisme chronique.

5° Il se produit de plus une soufflure latérale de la tête articulaire, l'os périostique s'amincit et devient plus transparent que normalement. La structure osseuse est modifiée par suite de l'agrandissement et de la déformation des mailles des trabécules.

Et l'on constate alors des déviations dans l'axe du membre, des subluxations, des luxations, des pénétrations osseuses, des ankyloses.

II. ETUDE DES ASPECTS RADIOLOGIQUES PROPRES A QUELQUES ARTICULATIONS

a) Au niveau des doigts, l'étude radiographique est particulièrement facile, ce sont les phalanges qui semblent le plus précocement (obs. II) et le plus profondément (obs. V et VI) touchées. Disparition de l'espace clair de l'interligne, décalcification des épiphyses, usure du pourtour juxta-épiphysaire, telles sont les modifications structurales observées. Les têtes phalangiennes, particulièrement celles des premiers doigts, sont soufflées latéralement (obs. I, II, VI). Elles deviennent saillantes sur le dos de la main, surtout lorsque celle-ci est fermée. Au métacarpe, les diaphyses sont moins élargies, moins déformées qu'au niveau des doigts. Nous avons noté cependant un élargissement considérable du premier métacarpien (obs. II). Le métacarpien est d'ailleurs fréquemment déformé au croissant de lune par suite de l'élargissement des épiphyses.

Enfin, ce qui frappe dans presque tous les cas, c'est la déviation de l'axe des doigts sur le bord interne ; les phalanges ne sont plus dans le prolongement des métacarpiens : c'est la traduction radiographique du « coup de vent » (obs. I et II). Au poignet, les os sont très fréquemment décalcifiés ; les espaces articulaires, les travées osseuses perdent leur netteté et leur forme, et le carpe ne forme bientôt plus qu'un bloc osseux (obs. I et II). Les styloïdes radiales et cubitales sont souvent atteintes, celle du radius hypertrophiée semble repousser le carpe sur le bord interne et fait saillie sur le dos de la main (obs. V). On peut observer des néo-articulations entre les productions osseuses para-articulaires et les os voisins (obs. V). Quelquefois, les ostéophytes sont assez volumineux pour simuler un os surnuméraire se détachant nettement de l'épiphyse dont il provient.

b) Colonne vertébrale. — Au niveau de la colonne vertébrale, on est frappé par l'ostéoporose et le tassement des corps vertébraux. Ceux-ci nous apparaissent déformés par suite de l'élargissement des extrémités supérieures et inférieures et de l'exagération de la cannelure circulaire.

Nous avons alors l'aspect « vertèbre en diabolo » décrit comme caractéristique du rhumatisme chronique. Le pourtour des faces supérieures et inférieures peut même envoyer, en haut ou en bas, suivant qu'il est supérieur ou inférieur, des productions osseuses épaisses, volumineuses. Ces crochets latéraux en forme de bec de perroquet, de bec de corbeau, vont à la rencontre de productions similaires venant de la vertèbre sus et sous-jacente. Ils finissent même par s'accoler, se souder en formant une véritable petite arche passant en pont sur le disque intervertébral (obs. VIII). L'espace compris dans cet arc se comble peu à peu et donne sur les radiographies l'aspect « en colonne torse » de la colonne vertébrale.

Ce corps de la vertèbre présente une transparence anor-

male, les disques inter-vertébraux donnent une image qui se détache moins bien que normalement. Il faut pour l'apprécier, procéder par comparaison avec une colonne vertébrale saine.

Enfin, les apophyses articulaires finissent par se souder et l'espace clair qui les sépare dans les bonnes radiographies disparaît. Les apophyses épineuses, saillantes dorsalement au stade ultime du processus, se soudent entre-elles.

Au niveau de la colonne cervicale. — On constate aussi de profil l'augmentation de la cannelure circulaire, qui se traduit souvent par une encoche profonde dans le corps vertébral (obs. VIII C⁵ et C⁶).

A ce niveau, l'interligne articulaire qui sépare les apophyses articulaires sur les radiographies normales bien faites, disparaît dans le rhumatisme chronique vertébral (obs. VIII). On constate aussi, de profil, des « becs de perroquets » formés par la superposition de deux becs adjacents dirigés l'un vers l'autre (obs. VIII, C⁴, C⁵, C⁶). Le tableau radiologique que nous venons de tracer se rencontre dans de nombreuses affections des corps vertébraux et n'est pas pathognomonique de la spondylite déformante. Les images en « becs de perroquets », « de corbeau », la colonne torse, les arches osseuses se rencontrent dans la plupart des spondylites et spondyloses.

Dans notre observation VII nous citons le cas d'un malade scoliotique et rhumatisant ancien (lumbagos, sciatique) qui, à l'occasion d'un traumatisme, a été atteint de spondylite ankylosante de la région lombaire. On pourrait dans ce cas porter le diagnostic de spondylose traumatique ou maladie de Keïmmel, Verneuil, que Mouriquand (*Pathologie médicale* de Sergent) classe dans le rhumatisme chronique (fig. III).

Dans l'observation VIII, nous avons un cas de spondylose rhumatismale chez un malade opéré pour tumeur de la prostate. Ce malade fut pris peu après son opération de

douleurs lombaires et l'on pensa à une métastase vertébrale, mais, huit mois après le début de l'algie, les signes radiographiques demeurent négatifs à ce point de vue et l'on constate sur toute la longueur du rachis (colonne cervicale en particulier) des formations osseuses caractéristiques de spondylose (planche IV).

OBSERVATIONS

(Personnelles.)

Observation I

Sai... Ger... Thérèse, 33 ans, domestique (*Service du Professeur Verger*).

Diagnostic. — Rhumatisme chronique avec insuffisance mitrale et péricardite sèche.

Histoire de la maladie. — La malade entre à l'hôpital le 27 février 1928 parce qu'elle souffre de ses articulations, particulièrement de celles des pieds et des mains.

Début des phénomènes douloureux à 1918 par une crise de rhumatisme articulaire aigu, traitée par le salicylate de soude et un liniment.

Séjour dans le service du Professeur Arnozan en janvier 1919 pendant trois mois et demi. A ce moment, on fit le diagnostic de rhumatisme subaigu. Même traitement associé à des injections sous-cutanées de soufre colloïdal.

Sort du service améliorée mais ne pouvant marcher ni se servir de ses mains.

Pendant les deux années qui suivirent, alternatives de crises douloureuses et de calme. C'est pendant cette période que les mains commencèrent à se déformer et à s'œdématiser.

En juin 1927 abcès amygdalien. Les douleurs articulaires recommencent. Séjour à Eugénie-les-Bains où la malade prend des bains sulfureux qui la calment un peu. Reprise du travail pendant quelque temps, mais bientôt les douleurs dans les articulations reviennent; de l'œdème aux membres inférieurs, de la dyspnée d'effort, des palpitations nécessitent son hospitalisation

Antécédents personnels. — Méningite, péritonite tuberculeuse, angines fréquentes dans l'enfance. Amygdalectomie. Chorée à 14 ans et demi soignée par le Professeur Moussous.

Pendant l'âge adulte a eu successivement la rougeole, la diphtérie, une entérite aiguë.

Réglée à 15 ans. Rien à signaler. Pas mariée. Pas d'enfants.

Antécédents héréditaires. — Mère rhumatisante.

Examen. — Les mains de la malade présentent la déformation classique en « coup de vent », plus accentuée à droite qu'à gauche. Pas de douleurs actuellement.

Aux membres supérieurs pas d'autres déformations.

Aux membres inférieurs pas de douleurs, on ne note qu'une déformation des gros orteils en hallux valgus. Léger œdème malléolaire. Abondante sudation. Sensation continuelle de chaleur.

Appareil cardio-vasculaire. — Frottements dans la région méso-cardiaque.

Souffle systolique à maximum à la pointe, s'irradiant vers l'aisselle.

Rien à signaler aux autres appareils.

Radiographie. — Amincissement des interlignes articulaires particulièrement des articulations méta-phalangiennes. Transparence anormale des têtes métacarpiennes. Contours irréguliers et élargissement des diaphyses phalangiennes. Les têtes phalangiennes sont hypertrophiées. Zones de condensation et de décalcification.

Ostéophyte externe de la tête supérieure du métacarpien droit.

Ostéophytes sur la tête inférieure du cinquième métacarpien et au niveau des phalanges des deuxièmes doigts.

Nodosités d'Heberden aux pouces.

Le carpe présente un bloc osseux formé par le trapèze trapézoïde, grand os.

Genou. — Planche I. — On constate sur la radiographie du genou gauche, une géole osseuse de décalcification, à bords irréguliers, située au centre du condyle. Pas de déformations notables des contours articulaires.

En résumé. — Rhumatisme ayant très peu touché le squelette au niveau des doigts, malgré la déformation en coup de vent constatée à l'examen clinique. Géole de décalcification au niveau de l'épiphyse fémorale.

Observation II

Fre... Leo..., 69 ans, manoeuvre (*Service de M. le Professeur agrégé Creyx*). Rhumatisme chronique déformant.

Début. — Il y a quatre mois par des douleurs dans l'épaule droite. Ces douleurs plus ou moins vives suivant les conditions météoriques n'ont pas cessé depuis.

En même temps, il a ressenti dès le début de sa maladie des crampes douloureuses dans les doigts des deux côtés et dans la main droite.

Antécédents. — Paludisme ancien? Rien à signaler.

Examen : Main droite. — Légère déformation en coup de vent. Type extension de Charcot avec légère flexion des phalangettes des II et III.

Main gauche. — Déformation accentuée du cinquième doigt. Phalange hyperétendue, phalangine fléchie, phalangette dans son prolongement. Doigts en baguettes de tambour. Déviation légère en coup de vent.

Epaule droite. — Limitation des mouvements en arrière et en haut.

Rien à signaler ni aux autres appareils, ni dans les antécédents.

Radiographie. — Mains (*Service de M. le Professeur Réchou*). Tout d'abord on remarque la disproportion entre les signes de l'examen clinique et ceux de la radiographie.

Radiographiquement : Articulations phalango-métacarpiennes augmentées de volume et plus transparentes que normalement. Déviation de l'axe des phalanges qui ne se trouve plus dans le prolongement de celui des métacarpiens, mais en dedans. Contours de la diaphyse phalangienne irréguliers et présentant des ostéophytes. Diminution de l'intervalle de l'interligne articulaire en particulier des phalangettes. On remarque que le premier métacarpien est extrêmement augmenté de volume. Sa tête carpienne est élargie et déformée en croissant. Ostéophyte au niveau de sa tête phalangienne, près du sésamoïde les phalangettes sont presque ankylosées aux phalangines, celles des pouces sont effilées et irrégulières.

Végétations osseuses à l'extrémité des phalangettes.

Coudes et épaules. — Mouvements limités, douleurs, atrophie très marquée.

Membres inférieurs. — Grande limitation des mouvements des orteils. Hallux valgus du 4^e doigt.

Mouvements de la tibio-tarsienne limités.

Genoux. — Extension limitée. Genoux globuleux. Pas de rougeur.

Hanches. — Quelques douleurs. Pas de limitation des mouvements.

Colonne vertébrale. — Région cervicale douloureuse et à mouvements limités.

Cœur. — Rien à signaler.

Poumons. — Rien à signaler.

Abdomen. — Rien à signaler.

Peau. — Taches de vitiligo nombreuses et étendues ayant fait leur apparition un à deux ans avant le rhumatisme.

Rien à signaler aux autres appareils.

Radiographie. — Mains (*Service du Docteur Lachapelle*). — Squelette extrêmement déformé, décalcifié. Les interlignes articulaires ont complètement disparu. La tête phalangienne du pouce est luxée en dedans, et la phalangette en dehors.

Le contour osseux des phalanges est irrégulier, surtout à leur extrémité digitale. Surfaces articulaires rongées et engrenées. Ankyloses nombreuses. Extrémités phalangettiennes végétantes.

Observation IV

Ard... J.. 69 ans, tailleuse (*Service du Professeur agrégé Creyex*).

Entre à l'hôpital pour rhumatisme chronique déformant.

A 63 ans, en 1923, au mois de mai, a eu des douleurs dans les deux mains à la fois. Douleurs qui ne cessaient jamais et augmentaient avec les mouvements.

Soignée 6 mois à domicile (salicylate de soude, bains de vapeur)

Entre au début 1924 dans le service de M. le Professeur Cassaët où elle reste trois mois. Envoyée ensuite à Dax, elle en revient légèrement améliorée.

En avril 1925, deux ans après le début de sa maladie, elle entre

à l'hospice des incurables dans le service de M. le Professeur agrégé Creyx.

Dès le début, elle se plaignit de ses articulations des coudes, des épaules, des chevilles qui devinrent progressivement impotentes et déformées. Au bout de trois mois, toutes les articulations furent prises. Les douleurs précédèrent les déformations.

Examen : main droite. — Type dominant : extension ; légère, flexion des phalangettes. Phalange du pouce fléchie à 135° . Pas d'ankylose totale, ni des doigts, ni des poignets. Pas de déviation, ni de l'axe de la main, ni de l'axe des doigts vers le bord cubital.

Main gauche. — Type extension. Légère flexion de la phalangine de l'index. Phalange du pouce fléchie, phalangine hyperétendue. Pas d'ankylose, mouvements limités.

Coudes. — Mouvements limités. Extension à 60° des deux côtés.

Epaules, genoux. — Mouvements limités.

Colonne lombaire douloureuse et limitée dans ses mouvements.

Hanches. — Mouvements très limités dans la flexion et l'abduction.

Pieds. — Déformations analogues à celles de la main.

Antécédents. — Rougeole, coqueluche, angines fréquentes, congestion pulmonaire à 67 ans. En 1917 lésion du sommet gauche du poulmon avec hémoptysies. Bronchite chronique.

Réglée à 13 ans. Ménopause à 52 ans. Rien à signaler.

Examen des autres organes. Poumons. Signes cliniques très nets de slérose pulmonaire des deux sommets et particulièrement à gauche.

Cœur. — Rien à signaler.

Radiographie. — Hanches :

On constate une décalcification générale de tout le squelette.

À gauche (planche II) *Tête fémorale* atrophiée, déformée. La partie supérieure de cette tête semble amputée tant elle est rongée, usée, anfractueuse.

Col. — Semble raccourci par suite de l'atrophie de la tête et de la pénétration osseuse. Disparition du galbe du bord supérieur qui est presque rectiligne et dans le prolongement de la partie supérieure de la tête.

Cotyle. — Toit encore à contours plus irréguliers que la tête.

Enfoncement du fond par pénétration de la tête fémorale. Le contour de la ligne inominée, est par suite brisé à ce niveau et on voit l'ombre du soulèvement de la paroi cotyloïde, qui vient recouvrir la tête fémorale. Enfin, le toit du cotyle gauche est à un centimètre au-dessus de l'horizontale passant par celui de la hanche droite.

A droite. — Le processus est moins avancé qu'à gauche. Tête déformée surtout à sa partie supérieure. Contour cotyloïdien usé. Décalcification beaucoup moins accentuée qu'à gauche

Observation V

Ro., 65 ans, maître d'hôtel (*Service du Professeur agrégé Creyex*).
Rhumatisme chronique.

Entre à l'hôpital des incurables pour rhumatisme chronique. A 21 ans a eu une pleurésie. Après 15 jours de lit, à son lever, dit-il, il a ressenti des douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne, puis progressivement dans toutes les articulations. Articulations qui étaient alors, gonflées et rouges. Fièvre, trois mois de lit, 14 mois de repos.

A 24 ans, deuxième crise sans fièvre, 2 mois de^e lit, 8 mois de repos.

A 41 ans, troisième crise. Pas de fièvre, 2 mois de lit, 16 mois de repos.

A la deuxième crise, s'est aperçu que ses extrémités commençaient à se déformer. Douleurs entre les crises, influencées par les variations météoriques.

Examen : main droite. — Type extension dominant, flexion des phalangettes des V et IV doigts. Légère déviation vers le bord cubital. Articulation phalango-phalangiennne des II très augmentée de volume, comme souflée en fuseau. Articulations métacarpo-phalangiennes des II et III très augmentées de volume et saillante sur le dos de la main.

Poignet. — Complètement ankylosé. L'apophyse styloïde du cubitus est augmentée de volume et très saillante sur le dos du poignet.



Figure I. — Observation I.



Figure II. — Observation IV.

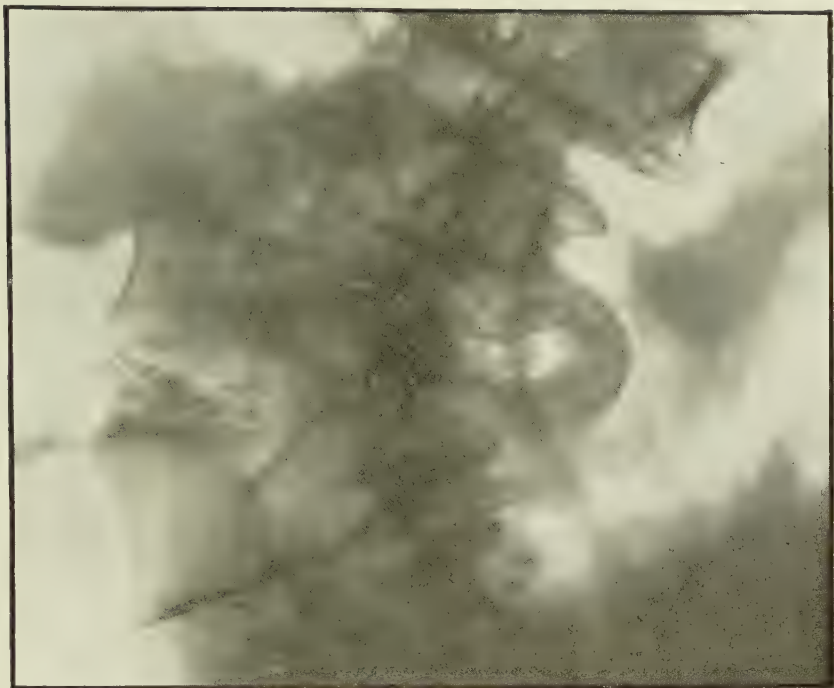


Figure III. — Observation VII.



Figure IV. — Observation VIII.

Main gauche. — Déformation en « coup de vent » caractéristique. Type extension, flexion de la phalangette du V. Ankylose phalango-phalangimienne du V. Saillie des articulations métaphalangiennes des II et III.

Poignet. — Moins ankylosé qu'à droite.

Genoux. — Hanches, mouvements très limités.

Pieds. — Déformés et déviés en dehors.

Cœur. — Rien à signaler.

Antécédents. — Coqueluche, bronchites fréquentes. Un fils bien portant.

Radiographie. — Tout d'abord, augmentation considérable du volume des styloïdes radiales et cubitales.

A gauche, styloïde cubitale végétante et soudée au radius. Os surnuméraire, ou ostéophyte volumineux à l'extrémité de cette styloïde. A droite, la styloïde cubitale envoie un prolongement osseux en bec dans l'interligne radio-cubital. Ce bec osseux a creusé, par suite des mouvements, une cavité dans la masse osseuse radiale.

Bloc osseux carpien à droite soudé aux radius, cubitus et métacarpiens; seul le métacarpien du ponce articule sa tête élargie avec ce bloc osseux par une néo-articulation. A gauche, le bloc osseux carpien est moins accentué. Les articulations métaphalangiennes sont soufflées et en voie d'ankylose (II, III, IV^e) Contour osseux des épiphyses phalangiennes très irrégulier. Surfaces articulaires des épiphyses phalangiennes et phalangiennes très déformées, usées, engrenées (II, III, IV droites et V à gauche).

Les V^e doigts sont très touchés.

Ostéophytes au niveau des têtes métacarpiennes des I et II doigts.

Nodosités d'Heberden au III^e doigt.

Observation VI

Louis De..., 68 ans, régisseur. Rhumatisme chronique déformant (*Service de M. le Professeur Creyex*).

La maladie a débuté à l'âge de 22 ans par les articulations des genoux, des bras, qui deviennent tuméfiées, rouges et très douloureuses. Pas de fièvre. Puis 10 ans de répit.

A 32 ans, crise nouvelle, se différenciant de la première en ce que les articulations sont douloureuses sans être tuméfiées. Lumbago. Séjour à Barèges. Grande amélioration. Nouveau répit de 30 ans.

A 65 ans, petit à petit les extrémités palmaires et plantaires le font souffrir et se déforment. Alternatives de crises douloureuses et de repos jusqu'à la date d'aujourd'hui.

Actuellement on constate :

Main gauche. — Type flexion : flexion des phalanges. Extension des phalanges, flexion des phalanges. Le pouce et l'index sont moins déformés que les autres. Luxation phalangoginienne du V en avant.

Ankylose phalangoginienne des 3 derniers doigts et du pouce. Mouvements très limités du poignet. Pas de mouvements de latéralité.

Main droite. — Type extension. Flexion des phalanges. Extension des phalanges et phalanges. Subluxation des 3 dernières articulations phalangoginiennes en haut. Ankylose des articulations phalangoginiennes des I, II^e et III^e doigts et du pouce au métacarpe. Mouvements limités du poignet, pas de « coup de vent ».

Coudes. — Limitation de l'extension à 135°.

Colonne vertébrale. — Ankylose partielle cervicale. Tibio-tarsienne ankylosée, déformation des pieds, avec impotence presque totale.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents. — Pneumonie à 65 ans, bronchites, angines fréquentes. Grand'mère rhumatisante, marchait avec des béquilles. Sœur et neveu rhumatisants. Fils ayant eu des crises de rhumatisme articulaire aigu.

Examen radiographique. — *Mains.* — Epiphyse cubitale décalcifiée et irrégulière, carpe partiellement ankylosé. Disparition des interlignes articulaires. Décalcification intense des phalanges. Les épiphyses sont soufflées, les diaphyses épaissies. Les surfaces articulaires rongées, usées, aofractueuses même, sont comme amputées, au niveau des phalanges. Quelques articulations en ankylose osseuse (II) ou en voie d'ankylose (métacarpo-phalangiennes). Subluxations et luxations des phalanges du pouce, des III et IV doigts à gauche, du V à droite, et de la phalangoginienne du pouce.

Certaines des extrémités amputées s'engrènent avec les voisines. Plages de raréfaction osseuse diffuse intéressant les métacarpiens et les phalanges, surtout à droite, et les extrémités inférieures des radius.

Colonne lombaire. — Face. — 1. Aspect flou et décalcifié des vertèbres qui sont légèrement aplaties, tassées. Les faces supérieures et inférieures des corps vertébraux sont augmentées par suite de la prolifération osseuse du contour. Cannelure circulaire exagérée. On constate une production osseuse implantée sur le bord supérieur de L_{IV} à gauche.

Il en est de même, au niveau du pourtour supérieur de L_{III}, L_{II} du même côté, mais de façon moins nette. De profil, on voit mieux la cannelure circulaire. Le contour du corps vertébral est flou et irrégulier. Enfin un bec osseux de la partie antérieure du pourtour inférieur de la I^e lombaire.

Observation VIII (*Planche III*)

Sau... Et..., 55 ans, commissionaire (*Service de M. le Professeur Bégouin*). Spondylose traumatique avec scoliose ancienne.

Vient à l'hôpital pour douleurs lombaires.

Vers l'âge de huit ans, ses parents ont remarqué une scoliose de sa colonne vertébrale, à convexité gauche.

A 25 ans, a commencé à souffrir de la colonne lombaire. Entre 35 et 40 ans a eu des épisodes dont le seul symptôme alors était une douleur dans la région des lombes se renouvelant tous les deux ou trois mois. Jusqu'à il y a deux mois, ne s'est jamais arrêté de travailler. A ce moment, à la suite d'un traumatisme (il portait un poids très lourd), a été soigné pendant 40 jours pour lombago. Les douleurs lombaires ne cessant pas avec le traitement, il entre dans le service du Professeur Bégouin.

Actuellement. — Souffre de douleurs, nocturnes surtout, avec lancements dans les deux jambes.

Rien à signaler aux autres appareils.

Azotémie 0,16. Wasserman négatif.

Antécédents. — Scarlatine et typhoïde dans l'enfance, est devenu borgne après son service militaire, a été réformé pour ichtyose généralisée.

Blennorrhagie et chancre mou.

Radiographie. Colonne vertébrale. Colonne lombaire de face (planche III). — On constate une scoliose à convexité gauche. Luxation à gauche des deuxième et troisième vertèbres lombaires. Ces vertèbres ont la forme d'un coin (arête coupante à droite) qui serait enfoncé de la convexité vers la concavité. Le disque intervertébral de L_{II}, L_{III} a presque complètement disparu par ossification. Ces vertèbres sont déformées. Leur cannelure circulaire est exagérée. Début de becs osseux sur D_{XII}, L_I, L_{IV} à gauche.

Enfin une belle arche osseuse, dans la concavité de la courbe scoliothique, réunit L_{IV} à L_{III}. Une formation osseuse partie du pourtour inférieur de L_{II} va s'appuyer sur cette arche.

En résumé, scoliose ancienne. Tassement et luxation traumatique des II^e et III^e vertèbres lombaires. Formations osseuses rhumatismales.

Observation VIII

Ded... Cel..., 56 ans, docker (*Service de M. le Professeur Parcelier*).

Entre à l'hôpital parce qu'il souffre de la colonne vertébrale. A été opéré le 26 février 1929 dans le service de M. le Professeur Duvergey pour un adénome de la prostate. Opération en deux temps.

Depuis son opération, le malade souffre de sa région lombaire (colonne lombaire principalement). Avant l'opération, il n'en avait jamais souffert. Il accuse une ponction lombaire être l'origine de son mal. Depuis, les douleurs s'accroissent et le malade ne pouvant plus faire aucun mouvement de flexion, se décide à entrer à l'hôpital le 26 juillet 1929.

Antécédents. — Néant.

Examen. — Le malade paraît figé dans son lit, quand il se lève sa colonne vertébrale est rigide.

Examen de sa colonne vertébrale. — A l'inspection, on voit au niveau de la II^e et III^e lombaire un petit soulèvement des apophyses épineuses. Cette petite tumeur, de consistance osseuse, allongée et ovoïde, correspond à un point très douloureux spontanément et surtout avec les mouvements provoqués. Dans la région

cervicale, sans que le malade ait attiré notre attention sur ce point, on trouve de la I^e à la VI^e vertèbre, une zone très douloureuse à la palpation. En percutant la tête, on provoque une sensation douloureuse au niveau de cette région.

Enfin, si on fait exécuter des mouvements de flexion, d'extension, de rotation de la tête, on s'aperçoit que ces mouvements sont très limités.

Examen des autres organes. — Foie augmenté de volume. Teint anémique accentué. Quelques ganglions cervicaux et inguinaux.

Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes légèrement exagérés. Au toucher rectal, loge prostatique parfaitement souple. Rien ne rappelle l'existence d'un néoplasme dans cette région.

Radiographie. — *Face.* — Planche IV. — Colonne lombaire : aplatissement des corps vertébraux. Cannelure circulaire très exagérée L₁. Vertèbres L_{IV} et L_V déformées.

Les vertèbres L_{II} et L_{III} sont réunies par deux arcs osseux. Chacun de ces arcs est formé par la réunion de deux becs partis des pourtours adjacents des deux vertèbres à droite et à gauche.

Nouvel arc entre L_{III} et L_{IV} à gauche.

Deux becs de perroquets en formation vont à la rencontre l'un de l'autre entre L_{IV} et L_V à droite et entre D_{XI} et D_{XII}.

Enfin le pourtour de chaque vertèbre est saillant (début de bec osseux).

Nous constatons que l'on a affaire ici, à un rhumatisme à forme condensante et constructive (L_{II} et L_{III}). Il y a de plus, des végétations ostéophytiques sur le pourtour des corps vertébraux. Début d'ossification des disques inter-vertébraux. Pas de bandelette sombre verticale.

Colonne lombaire. — Profil : on voit des arches osseuses réunir les pourtours antérieurs des corps vertébraux.

Colonne cervicale. — Profil.

Exagération du bec inférieur du pourtour inférieur de l'atlas.

Un bec osseux antérieur part de la partie antérieure du pourtour supérieur de la III^e cervicale et va à la rencontre du bec osseux parti du pourtour correspondant de l'axis. Petit pont osseux entre les bords antérieurs de C_{IV} et C_{III}.

Bees antérieurs entre C_{IV} C_V et C_V C_{VI} allant à la rencontre les uns des autres.

Exagération manifeste de la cannelure du corps vertébral des V^e et VI^e cervicales.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

On a essayé, Desternes en particulier, de donner des caractères radiographiques propres aux différents types étiologiques du rhumatisme chronique. Il est incontestable que la radiographie, complément de tout examen clinique bien conduit, peut apporter une aide précieuse à l'établissement du diagnostic étiologique.

Mais ici, comme pour tout examen de laboratoire, il n'y a rien d'absolu. Il ne faudrait pas conclure que chaque agent microbien, chaque poison donne une forme définie de rhumatisme. A une même étiologie peut très bien correspondre n'importe laquelle de ces manifestations.

1° Nous avons vu que le rhumatisme chronique post-rhumatismal était un rhumatisme fibreux. Si cela se vérifie dans notre observation I, pour les mains, nous avons constaté d'autre part que le genou gauche présentait une lésion osseuse indiscutable (planche I) ; par contre, le cartilage articulaire persiste, les extrémités osseuses ne sont actuellement ni déformées, ni tuméfiées, pas d'ostéophyte, ni d'hypertrophie osseuse : autant de caractères décrits dans le rhumatisme chronique post-rhumatismal aigu.

2° Le rhumatisme chronique blennorragique est surtout limité aux tissus péri-articulaires et synoviaux, avec tendance précoce aux poussées ostéophytiques et aux ankyloses.

3° Le rhumatisme chronique tuberculeux donne un aspect radiographique des articulations flou, pâle, moutonné (Des-ternes, obs. IV, planche II).

4° Dans le rhumatisme goutteux, le squelette est à peu près normal, on décrit seulement des taches au niveau des têtes articulaires, produites par les concrétions uratiques. Ces taches proviendraient de la plus grande transparence des dépôts uratiques par rapport au tissu osseux.

CONCLUSIONS

1° La radiographie des articulations est un élément très important pour établir le diagnostic de rhumatisme chronique.

2° L'aspect radiographique seul n'est pas suffisant pour établir un diagnostic étiologique.

3° Les déformations cliniques ne sont pas toujours en rapport avec les déformations du squelette.

4° On peut rencontrer chez un même malade des types radio-pathologiques rhumatismaux différents.

5° Le rhumatisme vertébral est souvent une trouvaille radiologique.

6° Les déformations vertébrales dites becs osseux, becs de perroquets n'ont pas au point de vue étiologique un caractère de spécificité.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS

Vu. Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
G. RÉCHOU

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 décembre 1929,
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Barjon** (François). — Du syndrome rhumatismal chronique déformant. Recherches cliniques et anatomiques. Etude radiographique des arthropathies déformantes. Thèse Lyon, 1897.
- Basset** (Antoine). — « Un nouveau cas de mal de Pott, avec becs de perroquets » (*Bull. soc. de Chirurg.* 6 janvier 1926).
- Béclère, Cottenot, Laborde**. — Précis de radiologie (*Collect. Sergent*, tome 32).
- Bezançon**. — *Le journal des praticiens*, 3 décembre 1927, p. 800.
- Bouchard**. — Traité de radiologie médicale. Paris, Steinhell' 1904.
- Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris, Savy, 1887.
- Maladies par ralentissement de la nutrition (*Cours de path. gén. de la Fac. de Méd.*, de Paris, 1887, in Savy 1889).
- Buflnoir et Legras**. — Sur un mode de début de rhumatisme vertébral chronique (*Revue d'orthop.*, septembre 1922, p. 429).
- Chareot**. — Maladies des vieillards. Paris 1886.
- Clément**. — Les rhumatismes chroniques au congrès de pathologie (*Presse méd.*, 6 février 1926).
- Cluzet**. — Sur les spondylites post-traumatiques. (*Paris-Méd.* 1920).
- Costa et Garcin**. — Lésions du rhumatisme blennorragique constatées par la radiographie (*Arch. élect. méd.*, 1921).
- Cottenot**. — Néo-ossifications juxta-vertébrales du cou (*Soc. de neurol.*, février 1919).

- Coureaud. — Mal de Pott et becs de perroquets (*Bull. Soc. chirurgie*, Paris, 8 décembre 1926).
- Coureaud et Jean. — *Journal de Radiologie*, juin 1923.
- Crouzon. — Les pseudo maux de Pott. Spondylites traumatiques (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 12 fév. 1915).
- Desplats et Raynal. — Etude radiologique du rhumatisme lombaire chronique, la lombarthie et la spondylose ankylosante (*Arch. élect. méd.*, 1918).
- Desternes. — Radio-diagnostic des rhumatismes chroniques (*Journal méd. français*, 15 mai 1912. *Arch. élect. méd.* Bordeaux, 1922).
- Rapport au IV^e Congrès de physiothérapie des médecins de langue française. (*Journal méd. fr.*, août 1915).
- Destot et Barjon. — *Province médic.*, 30 mai 1897.
- Duquet et Clavelin. — Crochets osseux de la spondylose dans le mal de Pott (*Journal de radiol.*, 1^{er} juillet 1925).
- Garcin. — *Soc. de radiol.*, 8 novembre 1921.
- Grashey, Bécèle, Jaugeas. — Atlas de radiographie de l'homme normal.
- Gunzbourg, Heitz, Morlet. — Un cas de maladie de Perthes chez un enfant de 5 ans et demi (*Arch. élect. méd.*, 1920).
- Jacobson. — Les maladies chroniques des articulations en radiographie (excepté dans syphilis et tuberculose). Mitteil a. d. Grenzbeite. Baud XX. Heft 5, 1909. Analyse. in *Arch. élect. méd.*, 10 février 1910.
- Jaugeas. — Précis de radio-diagnostic.
- Jeutzer et Baliany. — *Revue méd. de la Suisse Romane*, février 1922.
- Kilcher. — Ostéo-arthropathies ankylosantes. Thèse Genève, mai 1919.
- Laignel-Lavastine. — Rhumatisme chronique ankylosant de la colonne vertébrale et des membres inférieurs (*Presse méd.*, 1919, page 344).
- Lejeune. — Radiodiagnostic du rhumatisme chronique (*Arch. élect. méd.*, 10 juin 1910, *Journal de radiologie*, tome III, 16 septembre 1909).
- Léri. — La lombarthie rhumatismo-lombaire chronique (*Pr. méd.*, 28 février 1918, n^o 12, p. 105).
- La spondylose (*Rev. de méd.*, 1889, p. 596, 690, 801).

- Les aspects radiologiques de la spondylose ostéophytique (*Journal radiol.*, 1910, p. 207).
- Les formes du rhumatisme chronique vertébral (*Progrès méd.*, août 1911).
- Les nodosités d'Heberten (*Journal méd. franç.*, mai 1922).
- Levet.** — Rhumatisme déformant. Thèse Lyon, 1902-03.
- Lhoste.** — Rhumatisme chronique vertébral et données radiologiques. Thèse Bordeaux, 121-22.
- P. Marie.** — Leçons de clinique médicale. Paris, Masson 1896.
- P. Marie et Léri.** — Une forme spéciale de rhumatisme chronique sénile. Rapport du Docteur Teinier, Congrès de Liège, 1905.
- Ménard.** — Le rhumatisme chronique déformant (*Journal de méd. et de chir.*, février 1921).
- Mouchet.** — Ostéo-chondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur (*Arch. élect. méd.*, 1920).
- Pétru et Dagnet.** — Rhumatisme chronique et spondylose (*Journal radiol.*, janvier-février 1918).
- Rathery.** — Rhumatisme, in *Manuel des mal. de la nutrition*.
- Rollenstein.** — Le syndrome lombaire. (*Marseille-Méd.*, n° 19, 1^{er} octobre 1922).
- Sorrel (Etienne).** — Radiographies de maux de Pott avec « becs de perroquets » (*Bull. Soc. chirurgie.*, 1^{er} juillet 1925).
- Teisnier.** — Les formes cliniques du rhumatisme chronique. Congrès de Liège, 1905.
- Teisnier et Roques.** — Rhumatisme chronique déformant. Traité méd. Brouardel et Gilbert, fasc. VIII, 1906.
- Teisnier et Verhoogen.** — Formes cliniques du rhumatisme déformant. Rapport Congrès de Liège, 1905.
- Weill (Albert).** — *Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic.*
— Eléments de radiologie.

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, RUE DU PEUGUE

B O R D E A U X

1929
